

на операция LASIK. Чаще всего операция проводилась в возрасте от 18 до 28 лет (49,0%), среди прооперированных пациентов преобладали женщины (53,0%).

2. Динамический анализ данных рефрактометрии (через 1 день, 1 и 3 месяца после операции) свидетельствует о том, что ИЛК (LASIK) является эффективным, безопасным и высокотехнологичным способом коррекции СМА и даёт стабильно высокие прогнозируемые результаты по остроте зрения.

3. Подробное обсуждение с пациентом показаний и противопоказаний к операции, прогнозируемой остроты зрения после операции исключает конфликты между пациентом и врачом, уменьшает количество повторных операций и позволяет получить оптимальный рефракционный эффект.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ КАТАРАКТЫ ПРИ СОЧЕТАНИИ УЗКОГО ЗРАЧКА, БОЛЬШОГО ТВЕРДОГО ЗРАЧКА И ПОДВЫВИХА ХРУСТАЛИКА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

*А.Г. Гринев, М.Б. Свиридова, О.М. Жеребцова,
Е.С. Князева*

*ГОУЗ «Свердловский областной клинический
госпиталь для ветеранов войн», г. Екатеринбург*

Актуальность. В хирургии катаракты существуют три признака, которые, по мнению ряда авторов, увеличивают риск операционных осложнений: узкий ригидный зрачок, большое (от 8,0 мм) твердое ядро 4-5 степени плотности по Buratto L., наличие слабости и(или) дефекта волокон цинновой связки с подвывихом хрусталика (Егорова Э.В., Толчинская А.И., 2005; Buratto L., 1999; Паштаев Н.П., 1986. Липатов Д.В., Толкачева А.А., 2007). Для каждого из признаков в арсенале офтальмохирурга имеются ирис-ретракторы, внутрикапсульные кольца, различные варианты безопасного дробления ядра (Тахчиди Х.П., Зубарев А.Б., 2004; Малюгин Б.Э., Семикова М.В., Верзин А.А. с соавт., 2003; Иошин И.Э., 2002). Однако при сочетании этих трех признаков перед хирургом возникает вопрос выбора правильной тактики или метода хирургического лечения, оценка всех «за» и «против» в пользу экстра - или интракапсулярной экстракции или фактоэмульсификации.

Цель нашего сообщения – представить клинический случай фактоэмульсификации катаракты при сочетании узкого зрачка, большого твердого ядра и подвывиха хрусталика и тактику хирургического лечения.

Материал и методы. Под наблюдением находился пациент М., 72 года с диагнозом – осложненная незрелая катаракта правого глаза, псевдоэксфолиативный синдром (ПЭС), подвывих хрусталика I степени (Паштаев Н.П., 1986). При биомикроскопии определялись узкий ригидный зрачок и псевдоэксфолиации по краю зрачка, выраженные иридоноз и фактоноз, плотность ядра оценивалась четвертой степени с диаметром не менее 8,0 мм. Хирургом ставилась следующая задача – выполнить внутрикапсулярную фактоэмульсификацию катаракты, по возможности сохранив капсульный мешок для имплантации интраокулярной линзы (ИОЛ).

Тактика хирургического лечения. Обезболивание - эпibuльбарная («Алкаин», Алкон) и субтентонная анестезия (2,0% - 1,5 мл раствора лидокаина гидрохлорида), внутривенное потенцирование. Для достижения максимально возможного мидриаза в качестве ирис-ретрактора были использованы четыре полимерных крючка, введенные через парацентезы шириной 1,2 мм на 12.00, 3.00, 6.00 и 9.00 часах. Тоннельный разрез роговицы 2,8 мм был выполнен на 10.00-11.00 часах, парацентез 1,0 мм для чоппера - на 1.30, непрерывный круговой капсулорексис (НКК) 6,5 мм. Обеспечение стабильности капсульного мешка во время операции достигалось фиксацией мешка за край капсулорексиса ранее наложенными крючками-ретракторами; имплантацией внутрикапсульного кольца модели ВКС-W; проведением качественной гидродиссекции ядра, которое становится автономным и не связанным с мешком. Чтобы снизить нагрузку на капсульный мешок во время операции от его чрезмерного растяжения, капсульное кольцо имплантировалось после частичного удаления ядра хрусталика (Ahmed I.I., Cionni R.J., Kranemann C., Crandall A.S., 2005). Кроме того, отверстия ирригационного слива располагали вверх-вниз для того, чтобы капсульный мешок расправлялся направленным ирригационным потоком, что является одним из условий успешного выполнения операции, высота ирригации составила 80-110 см.

Параметры операции: ультразвук в режиме «burst» 60-80% 80 ms, скорость линейного потока 28-32 мл/мин, линейный вакуум 200-400 мм рт. ст., техника операции «phaco chop». Величина ирригации, потока и вакуума уменьшалась по мере окончания дробления ядра и на этапе аспирации-ирригации. Для имплантации использовалась трехчастная силиконовая ИОЛ Sofport фирмы Bausch&Lomb. Во время операции использовались вискоэластики «Вискоат» (Алкон) на этапе фактоэмульсификации, «Провиск» (Алкон) при имплантации ИОЛ.

Результаты и их обсуждение. Интраоперационно была оценена протяженность дефекта волокон цинновой связки, которая составила не более 135° (полутора квадрантов). В литературе описаны случаи успешного выполнения фактоэмульсификации с сохранением капсульного мешка при дефектах круговой связки от 150° (Иошин И.Э., Тагиева Р.Р., 2005; Cionni R.J., Osher R.N., 1998; Jacob S., Agarwal A., Agarwal S. et al., 2003; Menapace R., Findl O., Georgopoulos M. et al., 2000). Условием выполнения УЗФЭ является возможность выполнения переднего капсулорексиса и фиксации капсульного мешка крючками-ретракторами. Используя вышеописанную тактику хирургического лечения, удалось выполнить внутрикапсулярную фактоэмульсификацию, сохранив капсульный мешок для имплантации ИОЛ. Техника операции «phaco chop» позволяет удерживать «на весу» ядро хрусталика при выполнении его фрагментации, не производя дополнительную нагрузку на капсульный мешок и волокон цинновой связки.

Через сутки после операции острота зрения была 0,4, имелся незначительный десцеметит, больной получал стандартное противовоспалительное лечение, при выписке острота зрения составила 0,7.

К сожалению, не всегда на таких глазах можно безукоризненно выполнить операцию. Во время фактоэмульсификации может произойти разрыв переднего капсулорексиса с переходом на заднюю капсулу в местах фиксации какого-либо крючка ирис-рет-

рактора, также возможен полный отрыв капсульного мешка. Вследствие лизиса связки Вигера задняя капсула становится подвижной, высока вероятность ее аспирации и разрыва. Любое повреждение капсульного мешка, не имеющего полноценного связочного аппарата, может решить вопрос в пользу его полного удаления с остатками хрусталиковых масс. Поэтому имплантация кольца модели ВКС-W в этих ситуациях предпочтительнее стандартной модели, так как позволяет при необходимости легко удалять его по ранее описанной методике (Гринев А.Г., Коротких С.А., Хабаров О.Н., Мальков А.В.). Фиксация капсульного мешка на четырех крючках будет с наименьшей угрозой его разрыва, если размер капсулорексиса составит не менее 6,0 мм (Липатов Д.В., Толкачева А.А., 2007).

Дискуссионными остаются два вопроса. Первый касается высоты ирригационной бутылки, которая, по мнению некоторых авторов, должна быть как можно ниже, чтобы ирригационная жидкость не попала через дефекты волокон цинновой связки в пространство между задней капсулой и передним гиаловидом стекловидного тела (Тахчиди Х.П., Егорова Э.В., Толчинская А.И. с соавт., 2006; Малюгин Б.Э., 2002). По нашему мнению, такого не произойдет при использовании направленного в мешок ирригационного потока за счет изменения положения отверстий ирригационного рукавчика вверх-вниз. Кроме того, фиксированный на четырех крючках ирис-ретракторам капсульный мешок очень плотно прилежит к радужке, что делает невозможным попадание под заднюю капсулу раствора BSS.

Второй вопрос касается того, нужна ли дополнительная шовная фиксация капсульного мешка при частичном дефекте его связочного аппарата. Если да, то в таком случае вместо внутрикапсульного кольца модели ВКС-W необходимо имплантировать другие внутрикапсульные имплантанты, например кольцо Cionni, тогда шовная фиксация выполняется к склере через цилиарную борозду (Cionni R.J., Osher R.N., 1998; Yuen, N. S.Y., Hui S.P., Woo D.C.F., 2006; Малов В.М., Ерошевская Е.Б., Романенко Б.В. с соавт., 2002). Если нет, то нужно оценить дальнейшую удерживающую способность оставшихся связок хрусталика, протяженность и локализацию дефекта связочного аппарата. В нашем случае дефект круговой связки около 135° не являлся критическим и располагался в нижних отделах хрусталика. Нужно учитывать, что после удаления катарактального хрусталика с возможной массой от 200 мг и более (Горбань А.И., Джалишвили О.А., 1993) нагрузка на оставшиеся связки даже при наличии ИОЛ снижается в несколько раз, а внутрикапсульное кольцо обеспечивает расправление мешка и правильное положение ИОЛ.

Долгосрочный прогноз не исключает возможность дальнейшего лизиса и разрыва оставшихся волокон цинновой связки с дислокацией всего комплекса капсульный мешок – ИОЛ – внутрикапсульное кольцо (Meparase R., Findl O., Georgopoulos M. et al., 2000). При этом тактика хирургического лечения может быть различной, но в любом случае наличие трехоставной модели ИОЛ будет предпочтительнее монолитной (Yuen, N. S.Y., Hui S.P., Woo D.C.F., 2006; Малов В.М., Ерошевская Е.Б., Романенко Б.В. с соавт., 2002).

Выводы. Единственным условием для выполнения УЗФЭ при сочетании узкого зрачка, большого твердого ядра и подвывиха хрусталика является возможность выполнения переднего НКК, при этом наличие

плотного кортекса обеспечивает достаточное натяжение передней капсулы, что способствует правильному выполнению НКК необходимого размера на дислоцированном и подвижном хрусталике. Представленная тактика и параметры хирургического лечения позволяют выполнить внутрикапсульную факосмульсификацию с наименьшей нагрузкой на круговую связку и сохранить капсульный мешок для имплантации ИОЛ.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА НУЗ «ОТДЕЛЕНЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА НА СТАНЦИИ КУРГАН ОАО «РЖД»» ЗА 2010 год

О.Б. Гузеева

*НУЗ «Отделенческая больница на станции Курган
ОАО «РЖД»», г. Курган*

Актуальность. Курганская отделенческая амбулаторно-поликлиническая сеть обслуживает работников железнодорожного транспорта и членов их семей, пенсионеров железной дороги, территориальное население, проживающее в городе Кургане, и на договорной основе - работников предприятий ОАО «Курганстальмост», «Мостотряд-82» и др.

Цель работы. Провести анализ заболеваемости и распространенности заболеваний органа зрения среди пациентов поликлиники.

Материалы и методы. Ретроспективно проведен анализ заболеваемости пациентов офтальмологического профиля по медицинской карте амбулаторного больного за 2010 год.

Результаты и обсуждение. За 2010 год принято 22723 человека, по поводу заболеваний обратилось 6631 человек. В 2010 году заболеваемость по обращаемости составила 332,1 случаев на 1000 населения; первичная заболеваемость - 75,47 на 1000 человек. Структура первичной заболеваемости, распространенность на 1000 населения и структура первичной заболеваемости в процентном соотношении приведены в табл. 1, 2, 3.

Из анализа показателей табл. 1, 2,3 видно, что основную группу составляют обратившиеся с **аномалиями рефракции и аккомодации** - 32,2%. В группе аномалий рефракции чаще обращались пациенты с гиперметропией: I место – гиперметропия (52,3%); II место - миопия (36,2%); III место - астигматизм (11,5%). Незначительная доля - спазм аккомодации - около 0,04%.

Второе место по распространенности занимает патология хрусталика - **катаракта** - 15,2%. Причем в последние годы увеличилось количество пациентов с данной патологией, катаракта стала встречаться в более молодом возрасте. На это оказывают влияние вредные производственные факторы (электромагнитные поля, вибрация, воздействие сварочных аэрозолей, загрязнение воздуха тяжелыми металлами), увеличение количества эндокринной патологии, дефицит микроэлементов в питании. В данной ситуации большое значение имеют улучшение диагностики, выявление катаракты на начальной стадии, обязательная биомикроскопия переднего отрезка глаза с циклоплегией, выявление катаракты на профосмотрах. Большую группу составляют пациенты с **воспалительными**